UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

PAULO CARDOSO LINS FILHO

SONOLÊNCIA DIURNA, QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA AO SONO E SENSO DE COERÊNCIA EM IDOSOS

Recife
2020

PAULO CARDOSO LINS FILHO

SONOLÊNCIA DIURNA, QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA AO SONO E SENSO DE COERÊNCIA EM IDOSOS

Dissertação Apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia área de concentração em Clínica Integrada

Orientador: Prof. Dr Arnaldo de França Caldas Jr.

Co-Orientador: Profª Drª Hilcia Mezzalira Teixeira.

Recife

2020

Catalogação na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

L759s Lins Filho, Paulo Cardoso
Sonolência diurna, qualidade de vida relacionada ao sono e senso de coerência em idosos/ Paulo Cardoso Lins Filho. – 2020.
33 f.

Orientador: Arnaldo de França Caldas Júnior.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Odontologia. Recife, 2020.
Inclui referências e anexos.

1. Envelhecimento. 2 Sonolência. 3. Senso de Coerência. 4. Qualidade de Vida I. Caldas Júnior, Arnaldo de França. (orientador). II. Título.

617.6 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2020 - 047)

PAULO CARDOSO LINS FILHO

SONOLÊNCIA DIURNA, QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA AO SONO E SENSO DE COERÊNCIA EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde como requisito para obtenção do título de mestre.

Aprovada em: 14/02/2020
Orientador: Prof. Dr Arnaldo de França Caldas Júnior

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. João Marcílio Coelho Netto Lins Aroucha
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy
(Presidente da Banca)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me dar a vida e a possibilidade de concretizar meus sonhos.

À minha família, minha mãe Arabela e meu pai Paulo, por serem meus exemplos maiores de determinação e perseverança, por talharem sorrisos em meu rosto com o suor de suas testas. Ao meu irmão Diego pela amizade e apoio e as minhas avós Lusanira e Luiza (*in memoriam*) por sempre estarem comigo, pelas preces e orações em intenção da minha felicidade e sonhos. Por todo apoio em todos os momentos e por todo o amor. Sem vocês nada seria possível.

Aos meus amigos Italo, Cesario, Pedro, Gabriela, Alinne e Saturno, por todos os momentos de alegria e descontração que renovavam minhas baterias para continuar a perseverar. Aos amigos que o mestrado me trouxe, toda a família que se constituiu em torno do Prof. Arnaldo, meu muito obrigado por toda ajuda e apoio mútuo. À Millena, Thuanny, Jaciel, Beth, Andressa e Maria Cecília, que nossa amizade perdure para além das próximas etapas da vida acadêmica.

À minha orientadora da graduação e coorientadora do mestrado, Profª. Drª. Hilcia Mezzalira, que me acolheu desde o 4º período da graduação e desde então é uma fonte de grande inspiração e amor pela vida acadêmica. Ao meu orientador Prof. Dr. Arnaldo Caldas pela oportunidade de aprender tanto com esses anos de convívio, não poderia ter feito decisão mais feliz do que tornar-me seu orientando, tenho orgulho de tê-lo como orientador. A todos os meus mestres meu muito obrigado, por todos carrego profunda admiração e respeito.

Por fim, à Universidade Federal de Pernambuco, minha segunda casa, pelas oportunidades que tive, e por me proporcionar a minha formação acadêmica por meio do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-graduação em Odontologia. Orgulho-me de fazer parte desta casa.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da sonolência diurna na qualidade de vida relacionada ao sono e sua associação com o senso de coerência, em uma amostra de idosos. Para isso foi realizado um estudo transversal, por meio da aplicação dos instrumentos - Escala de Sonolência de Epworth, Questionário de Sono de Quebec e Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de conveniência de 60 pacientes idosos (≥60 anos), usuários da clínica-escola de atenção ao idoso do Núcleo de Atenção ao Idoso e do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. Os dados coletados foram submetidos a análise estatística bivariada através do teste chi-quadrado de Pearson, considerando-se um erro de 5% e o intervalo de confiança de 95%. A partir da análise bivariada, os dados foram tratados estatisticamente por um modelo multivariado com a finalidade de se verificar o peso de cada variável independente na explicação da variável desfecho. Os resultados demonstraram associação entre alta sonolência diurna com baixa qualidade de vida (80,8%, $p<0,001$), enquanto que um forte senso de coerência foi associado a alta qualidade de vida (91,2%, $p<0,001$). Pode-se concluir que para a manutenção de uma boa qualidade de vida em idosos é desejável que se tenha boa qualidade do sono e um forte senso de coerência.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Sonolência. Senso de Coerência. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The purpouse of the presente study was to evaluate the impact of daytime sleepiness on sleep-related quality of life and its correlation with the sense of coherence, in a sample of older-adults. For this, a cross-sectional study was carried out, using the Epworth Sleepiness Scale, Quebec Sleep Questionnaire and Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire in a convenience sample of 60 patients (≥60 years), users of the clinic-school of dental care for the elderly at the Nucleus of Attention to the Elderly and the Dentistry Course at the Federal University of Pernambuco. The collected data were submitted to bivariate statistical analysis using Pearson's chi-square test, considering an error of 5% and 95% confidence interval. From the bivariate analysis, the data were treated statistically by a multivariate model in order to verify the weight of each independent variable in the explanation of the outcome variable. The results showed an association between high daytime sleepiness with low quality of life (80.8%, $p<0,001$), while a strong sense of coherence was associated with a high quality of life (91.2%, $p<0,001$). It can be concluded that in order to maintain a good quality of life in the elderly, it is desirable to have a good quality of sleep and a strong sense of coherence.

KEYWORDS: Aging. Sleepiness. Sense of Coherence. Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

D1	Domínio 1 (Sonolência Diurna)
D2	Domínio 2 (Sintomas Diurnos)
D3	Domínio 3 (Sintomas Noturnos)
D4	Domínio 4 (Emoções)
D5	Domínio 5 (Interações Sociais)
ESE	Escala de Sonolência de Epworth
OMS	Organização Mundial de Saúde
QSCA	Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky
QSQ	Questionário de Sono de Quebec
QV	Qualidade de Vida
SD	Sonolência Diurna
SOC	Senso de Coerência (do inglês *Sense of Coherence*)

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**9**
2	**OBJETIVOS**	**13**
2.1	Gerais	13
2.2	Específicos	13
3	**METODOLOGIA**	**14**
3.1	Critérios de Inclusão e Exclusão	14
3.1.1	**Critérios de Inclusão**	14
3.1.2	**Critérios de Exclusão**	14
3.2	Instrumentos de Coleta de Dados	14
3.2.1	**Escala de Sonolência de Epworth**	**14**
3.2.2	**Questionário de Sono de Quebec**	**14**
3.2.3	**Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky**	**15**
3.3	Análise Estatística	15
4	**RESULTADOS**	**16**
5	**DISCUSSÃO**	**19**
6	**CONCLUSÃO**	**22**
	REFERÊNCIAS	**23**
	ANEXO A – ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH	**27**
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE SONO DE QUEBEC	**28**
	ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SENSO DE COERÊNCIA DE ANTONOVSKY	**30**

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o número de pessoas com 60 anos ou mais vai aumentar de 900 milhões para 2 bilhões entre 2015 e 2050, representando uma alteração de 12 para 22% da composição da população mundial (OMS, 2015). Dados do Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais projetam que em 2050 a porcentagem da população mundial com idade superior a 60 anos será maior que a das faixas de idade de 0-14 e 15-24 anos (ONU, 2019). No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística observa-se um acompanhamento da tendência de envelhecimento populacional global, com projeções que indicam que em 2050 pouco mais de 28% da população brasileira terá 60 anos ou mais (IBGE, 2019).

Apesar do aumento da expectativa de vida, existe pouca evidência de que os idosos estejam passando seus últimos anos de vida em condições melhores de saúde do que os idosos da geração anterior (CRIMMINS, 2015). Embora as taxas de incapacidade severa tenham diminuído nos países de alta renda nos últimos 40 anos, não houve mudanças significativas na incapacidade leve a moderada no mesmo período (CRIMMINS; ZHANG; SAITO, 2016). Um aumento global de cinco anos em expectativa de vida entre 2000 e 2015 foi acompanhado por 4,6 anos de expectativa de vida saudável (OMS, 2015), ou seja, o aumento da sobrevida não está senso acompanhado à mesma proporção pela manutenção da saúde.

O envelhecimento humano e as doenças associadas à idade já se posicionam entre os maiores desafios sociais e financeiros enfrentados pelos países desenvolvidos ou em desenvolvimento (MOSCA; VAN DER WEES; MOT; WAMMES *et al.*, 2017). Se os anos adicionais representados pelo aumento da expectativa de vida forem dominados por declínios na capacidade física e mental, as implicações sociais do prolongamento da vida terão um aspecto negativo (PARTRIDGE; DEELEN; SLAGBOOM, 2018).

Em nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares (DE MAGALHAES; PASSOS, 2018). Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento (WYSS-CORAY, 2016). Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos (PARTRIDGE; DEELEN; SLAGBOOM, 2018).

A saúde precária não precisa ser a característica dominante e limitadora das populações mais velhas, a maioria dos problemas de saúde da terceira idade se devem às doenças crônicas. Muitas destas condições podem ser prevenidas, retardadas ou controladas ao se envolver em

comportamentos saudáveis durante a vida (CRIMMINS, 2015).

Diante da notória inversão da pirâmide etária da população global e tendo em vista a complexidade das mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento, muito tem se discutido sobre a importância do envelhecimento saudável e da manutenção da qualidade de vida com o envelhecimento (SUZMAN; BEARD; BOERMA; CHATTERJI, 2015; BEARD; OFFICER; DE CARVALHO; SADANA *et al.*, 2016). Embora o significado exato do envelhecimento bem-sucedido não tenha sido acordado, geralmente é usado para descrever os aspectos positivos do processo de envelhecimento, onde o indivíduo apesar do avançar da idade continua socialmente participativo e produtivo (OMS, 2015; SUZMAN; BEARD; BOERMA; CHATTERJI, 2015). O envelhecimento produtivo enfatiza como os idosos, com sua sabedoria e habilidades, podem enriquecer suas próprias vidas, suas comunidades e sociedade como um todo, em um processo de otimização de oportunidades de saúde e participação social, a fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (CRIMMINS, 2015; SADANA; BLAS; BUDHWANI; KOLLER *et al.*, 2016).

Com base nestes conceitos, a OMS definiu em seu Relatório mundial de envelhecimento e saúde que o envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (OMS, 2015). Para assegurar o envelhecimento saudável além de uma conjuntura social e de acesso a serviços básicos favoráveis, deve-se contar ainda com fatores intrínsecos de cada indivíduo, baseados nas suas escolhas de vida, onde destacam-se a manutenção de atividades físicas, boa nutrição e bons hábitos do sono, tais fatores podem trazer benefícios poderosos para a saúde e o bem-estar (CRIMMINS, 2015; SUZMAN; BEARD; BOERMA; CHATTERJI, 2015; SADANA; BLAS; BUDHWANI; KOLLER *et al.*, 2016).

Os distúrbios do sono são uma categoria de condições médicas que afetam a capacidade de dormir bem com regularidade. Estes são problemas comuns e graves na população idosa (MISRA; MALOW, 2008; WANG; LIU; LI; JI *et al.*, 2019). Estima-se que cerca de 50% dos idosos sofrem de problemas relacionados ao sono (CROWLEY, 2011). O sono é extremamente importante para a saúde, pois o corpo humano realiza uma série de atividades biológicas e fisiológicas durante o repouso, como liberação hormonal, regulação metabólica de energia e glicose, regulação cardiovascular e recuperação de funções fisiológicas (DEPNER; STOTHARD; WRIGHT, 2014; MCHILL; WRIGHT, 2017). A presença de distúrbios do sono está associada a risco aumentado de diferentes condições deletérias de saúde, induzindo a maior fragilidade do idoso, além de aumentar a predisposição a obesidade, hipertensão, diabetes, comprometimento cognitivo, depressão e morte (MEDIC; WILLE; HEMELS, 2017;

KERVEZEE; KOSMADOPOULOS; BOIVIN, 2018).

Além da influência negativa sobre as funções fisiológicas, a falta de sono adequado pode ter impacto negativo nas funções diárias, no humor, habilidades de atenção e concentração e relações interpessoais (VANFLETEREN; BEGHE; ANDERSSON; HANSSON *et al.*, 2020), estando a má qualidade do sono correlacionada a depressão (YU; RAWTAER; FAM; JIANG *et al.*, 2016) e declínio cognitivo em idosos (LENG; YIN; ZHANG; JIA *et al.*, 2020).

Um dos sintomas geralmente observados em distúrbios do sono é a sonolência diurna (SD), esta é caracterizada pelo relato de distúrbios na manutenção do estado de alerta enquanto acordado, especialmente associado ao rápido início do sono em situações de repouso (MANZAR; SALAHUDDIN; ALAMRI; ALBOUGAMI *et al.*, 2019). Índices elevados de sonolência diurna podem sugerir a presença de algum distúrbio do sono associado, além da SD por si só poder afetar a produtividade e capacidade cognitiva dos indivíduos (SATEIA, 2014). Dessa forma, distúrbios do sono tem o potencial de afetar negativamente o bem-estar e a qualidade de vida (QV) dos indivíduos, como já indicado na literatura (KOTTERBA; NEUSSER; NORENBERG; BUSSFELD *et al.*, 2018; WANG; LIU; LI; JI *et al.*, 2019).

Embora o conceito de QV seja de difícil definição, devido a influência de aspectos subjetivos, existe um consenso sobre a QV, indicando que esta é multidimensional, dinâmica e pode variar entre indivíduos e nos indivíduos durante sua vida, além de ser um constructo formado por componentes objetivos e subjetivos (DUTT; KIRTI; KUWAL, 2016). O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida como a "percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (KUYKEN; ORLEY, 1994).

Quando se discute QV em relação a uma doença, esta representa não apenas o desejo de ser livre dos sintomas da doença, mas livre também de qualquer impacto da doença ou seu tratamento sobre a felicidade, produtividade e significado de vida. Dessa forma, a QV tornou-se uma ferramenta frequentemente usada para avaliar o ônus de doenças e distúrbios, além de avaliar o impacto de tratamentos e condutas clínicas (DUTT; KIRTI; KUWAL, 2016).

A relação entre Senso de Coerência (Sense Of Coherence – SOC) e qualidade de vida, mensurada com o uso de diferentes instrumentos, vem sendo estudada em diversos grupos populacionais, indicando forte associação entre o SOC, QV e a melhores condições de saúde (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007). O SOC consiste em uma orientação interior e subjetiva para a vida, capaz de expressar a extensão na qual o indivíduo tem profundo sentimento de confiança interna que o faz sentir-se capaz de compreender, manejar e atribuir significados às

suas experiências cotidianas. Isso significa que os indivíduos devem ser capazes de identificar e realizar aspirações, bem como satisfazer suas necessidades e lidar com o ambiente (ANTONOVSKY, 1979). A capacidade de gerenciar o estresse em um mundo global, caracterizado por rápidas mudanças sociais, é crucial para a manutenção e desenvolvimento da saúde e QV (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007).

SOC é considerado um fator psicossocial que pode tornar os indivíduos mais preparados para cuidar de sua saúde, influenciando a autopercepção e a qualidade de vida (KRANTZ; OSTERGREN, 2004). Os indivíduos com SOC elevado são mais aptos a entender, administrar e encontrar significado para o seu mundo, o que os torna mais capazes para manter e melhorar seu potencial de saúde e bem-estar, tendo maior motivação para fazer escolhas e adotar comportamentos saudáveis mesmo em situações adversas, quando expostos a mecanismos estressores (GEYER, 1997).

O Senso de Coerência é o conceito chave do Modelo Salutogênico de Antonovsky, que visa revelar os recursos psicológicos, sociais e culturais que as pessoas podem e usam com sucesso para resistir à doença e suas repercussões, sendo o SOC um fator importante para determinar o quão bem uma pessoa gerencia e enfrenta o estresse, mantendo-se saudável (ANTONOVSKY, 1979).

Estudos previamente realizados com idosos indicam que um forte SOC costuma estar associado a índices mais elevados de QV (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007), enquanto que a má qualidade do sono se associa ao declínio da QV (WANG; LIU; LI; JI *et al.*, 2019), entretanto, são escassas na literatura evidências sobre a correlação entre senso de coerência, QV e sonolência diurna em idosos. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da sonolência diurna na qualidade de vida relacionada ao sono e sua relação com o senso de coerência, em uma amostra de idosos.

2 OBJETIVOS

2.1 Gerais

Avaliar o impacto da sonolência diurna na qualidade de vida relacionada ao sono e sua relação com o senso de coerência, em uma amostra de idosos.

2.2 Específico

Avaliar a associação entre SD e SOC com a severidade do impacto na qualidade de vida sob os seguintes domínios: sonolência diurna, sintomas diurnos, sintomas noturnos, emoções e relações interpessoais.

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, N° do parecer: 3.503.967.

Foi realizado um estudo transversal, por meio da aplicação de três questionários em uma amostra de conveniência de 60 pacientes idosos (≥60 anos), usuários das clínicas-escola de atenção ao idoso do Núcleo de Atenção ao Idoso e do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão:

3.1.1 Critério de inclusão – Foram incluídos na amostra indivíduos de ambos os sexos com ao menos 60 anos.

3.1.2 Critérios de exclusão – Não foram elegíveis pacientes com doenças crônicas graves debilitantes, ou déficit cognitivo.

3.2 Instrumentos de Coleta de Dados

3.2.1 Escala de Sonolência de Epworth (ESE):

A ESE (ANEXO A) é um instrumento composto por 8 itens que descrevem situações comuns do cotidiano da população em geral, cada um destes associado a uma escala de quatro pontos variando de “0” a “3” onde, “0” indica “nenhuma chance de cochilar”, enquanto “3” indica uma “alta chance de cochilar” durante a referida situação. Esta escala tem como objetivo avaliar o nível autorreferido de sonolência diurna. Todas as pontuações de itens individuais são somadas para gerar a pontuação total do ESE que varia entre 0 e 24. Pontuações totais mais altas indicam um grau progressivamente maior de sonolência diurna no entrevistado. Pontuações totais de “0” a “9” sugerem normalidade enquanto que pontuações superiores a “10” indicam sonolência patológica, sugerindo algum distúrbio relacionado ao sono que deve ser avaliado por um médico (JOHNS, 1991; 2002) .

Este instrumento foi traduzido para o português e adaptado culturalmente para o Brasil, de sua versão original em inglês (BERTOLAZI; FAGONDES; HOFF; PEDRO *et al.*, 2009). Suas propriedades psicométricas já foram extensamente avaliadas e este instrumento é o mais utilizado para avaliar a sonolência diurna (MANZAR; SALAHUDDIN; ALAMRI; ALBOUGAMI *et al.*, 2019).

3.2.2 Questionário de Sono de Quebec (QSQ):

O QSQ (ANEXO B) é um instrumento composto por 32 itens que avaliam o impacto do distúrbio do sono sobre a qualidade de vida por meio de cinco domínios distintos: sonolência diurna (itens 7, 16, 20, 27, 31 e 32), sintomas diurnos (itens 1, 10, 11, 14, 17, 18, 19, 23, 26 e

29), sintomas noturnos (itens 4, 9, 21, 22, 25, 28 e 30), emoções (itens 5, 6, 8, 15 e 24) e interações sociais (itens 2, 3, 12 e 13) (LACASSE; BUREAU; SERIES, 2004). O item 32, que faz referência ao ato de dirigir automóveis, é desconsiderado caso o paciente não dirija, sendo a média do domínio "sonolência diurna" calculada a partir dos cinco itens restantes. Cada domínio compõe-se de 4 a 10 itens pontuados em uma escala do tipo Likert de 1 a 7 pontos. Os resultados são apresentados como a pontuação média de cada domínio separadamente. Escores mais altos refletem sintomas mais brandos. O instrumento foi traduzido do francês para o português e adaptado culturalmente para seu uso no Brasil (MELO JÚNIOR; MAURICI; TAVARES; PIZZICHINI *et al.*, 2017).

3.2.3 Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA):

O QSCA (ANEXO C) é um instrumento composto de 29 itens com escalas do tipo Likert de 1 a 7 pontos. As pontuações totais neste questionário podem variar de 29 a 203 pontos, com escores mais altos indicando SOC mais forte. A escala SOC foi projetada para avaliar os três componentes do SOC: compreensibilidade, maneabilidade e significância. Para este estudo, a mediana (116) foi usada para categorizar SOC como alto ou baixo. Pontuações maiores indicam SOC mais forte (ANTONOVSKY, 1979). O instrumento foi traduzido para o português e adaptado culturalmente para seu uso no Brasil (SPADOTI DANTAS; SILVA; CIOL, 2014).

3.3 Análise Estatística

Todos os testes foram aplicados considerando-se um erro de 5% e o intervalo de confiança de 95%, sendo as análises realizadas com o auxílio dos softwares SPSS versão 20.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA), e Excel 2010 (Microsoft). Os dados foram lançados na planilha eletrônica do software SPSS e a análise estatística de associação foi feita através do teste chi-quadrado de Pearson. A partir da análise bivariada, os dados foram tratados estatisticamente por um modelo multivariado com a finalidade de se verificar o peso de cada variável independente na explicação da variável desfecho. Nesse modelo de regressão logística foi aplicada a técnica Backward Stepwise, que incorpora inicialmente todas as variáveis e depois, por etapas, cada uma destas pode ser ou não eliminada, esta decisão de retirada da variável é tomada baseando-se em testes F parciais, que são calculados para cada variável como se ela fosse a última a entrar no modelo.

4 RESULTADOS

Como demonstra a Tabela 1, a amostra do presente estudo foi composta por 61,7% de indivíduos do sexo feminino, com idade média de 68,23 anos.

Tabela 1 – Caracterização da amostra por Idade e Sexo.

Variáveis		Frequência	Percentual	TOTAL
Idade				
	Até 70 anos	41	68,3%	60 (100%)
	Acima 70 anos	19	31,7%	
Sexo				
	Feminino	37	61,7%	60 (100%)
	Masculino	23	38,3%	

Em pouco mais da metade da amostra (51,7%) foram identificadas pontuações elevadas (≥10) na Escala de Sonolência de Epworth, indicando maior sonolência diurna. Foi observada maior prevalência de sonolência diurna dentre os homens (56,5%) do que entre o sexo feminino (48,6%), embora não tenha sido obtida significância estatística para este dado (p=0,553). Também não foi observada significância estatística para a correlação da SD com o SOC, embora os dados sugiram que valores mais baixos de SD estejam associados a um SOC mais forte (53,8%). Enquanto ao impacto da SD na QV da amostra, foi observado que escores baixos na Escala de Sonolência de Epworth, indicando menor SD, foi associado com significância estatística (p<0,001) a alta QV (70,6%). Foi constatada consistência entre a ESE e o Domínio 1 (D1) do Questionário de Sono de Quebec, que também afere a SD, pontuações elevadas na ESE foram associadas com escores baixos no D1 (80,8%; p<0,001), enquanto que escores altos deste mesmo domínio foram associados a pontuações baixas na ESE. Para os demais domínios (Domínio 2 – D2, Domínio 3 – D3, Domínio 4 -D4 e Domínio 5 – D5) e pontuações baixas de Sonolência Diurna foram associadas a sintomas mais brandos, indicados por escores mais elevados, como pode-se observar na Tabela 2.

Boa qualidade de vida e elevado senso de coerência foram observados na maioria dos participantes, respectivamente em 56,7% e 65% da amostra. Um elevado SOC foi fortemente associado a elevada QV (91,2%; p<0,001). Em todos os domínios avaliados pelo QSQ (sonolência diurna, sintomas diurnos, sintomas noturnos, emoções e interações sociais) foi observado que houve correlação entre índices mais elevados, associados a sintomatologia mais branda, com SOC elevado.

De acordo com o modelo de regressão logística aplicado, nenhuma das variáveis independentes teve peso estatisticamente significativo para ser associado a explicação da

variável desfecho.

Tabela 2 – Associação entre ESE e demais variáveis do estudo.

	Escala de Sonolência de Epworth				
Variáveis	**Baixo**	**Alto**	**p-valor**	**OR**	**IC**
Idade					
Até 70 anos	19 (46,3%)	22 (53,7%)	0,650	0,777	0,261 – 2,311
Acima 70 anos	10 (52,6%)	9 (47,4%)			
Sexo					
Feminino	19 (51,4%)	18 (48,6%)	0,553	1,372	0,482 – 3,908
Masculino	10 (43,5%)	13 (56,5%)			
Senso de Coerência					
Baixo	8 (38,1%)	13 (68,9%)	0,244	0,527	0,179 – 1,557
Alto	21 (53,8%)	18 (46,2%)			
Qualidade de Vida					
Baixa	5 (19,2%)	21 (80,8%)	0,001	0,990	0,290 – 0,337
Alta	24 (70,6%)	10 (29,4%)			
Escore Sonolência Diurna (D1)					
Baixo	3 (11,1%)	24 (88,9%)	0,001	0,340	0,008 – 0,145
Alto	26 (78,8%)	7 (21,2%)			
Escore Sintomas Diurnos (D2)					
Baixo	10 (29,4%)	24 (70,6%)	0,001	0,154	0,049 – 0,479
Alto	19 (73,1%)	7 (26,9%)			
Escore Sintomas Noturnos (D3)					
Baixo	4 (15,4%)	22 (84,6%)	0,001	0,065	0,018 – 0,243
Alto	25 (73,5%)	9 (26,5%)			
Escore Emoções (D4)					
Baixo	6 (26,1%)	17 (73,9%)	0,007	0,215	0,068 – 0,674
Alto	23 (62,2%)	14 (37,8%)			
Escore Interações Sociais (D5)					
Baixo	5 (26,3%)	14 (73,7%)	0,020	0,253	0,077 – 0,836
Alto	24 (58,5%)	17 (41,5%)			

***Para os Escores D1, D2, D3, D4, e D5 pontuações mais altas refletem sintomas mais brandos.**

*** Considerando um erro de 5% e o intervalo de confiança de 95%.**

Tabela 3 - Associação entre SOC e demais variáveis do estudo.

	Senso de Coerência				
Variáveis	**Baixo**	**Alto**	**p-valor**	**OR**	**IC**
Idade					
Até 70 anos	13 (31,7%)	28 (68,3%)	0,432	0,638	0,208 - 1,963
Acima 70 anos	8 (42,1%)	11 (57,9%)			
Sexo					
Feminino	13 (35,1%)	24 (64,9%)	0,978	1,016	0,341 – 3,026
Masculino	8 (34,8%)	15 (65,2%)			
Qualidade de Vida					
Baixa	18 (69,2%)	8 (30,8%)	0,001	23,250	5,462 – 98,964
Alta	3 (8,8%)	31 (91,2%)			
Escore Sonolência Diurna (D1)					
Baixo	14 (51,9%)	13 (48,1%)	0,013	4,000	1,298 – 12,325
Alto	7 (21,2%)	26 (78,8%)			
Escore Sintomas Diurnos (D2)					
Baixo	20 (58,8%)	14 (41,2%)	0,001	35,714	4,320 – 295,242
Alto	1 (3,8%)	25 (96,2%)			
Escore Sintomas Noturnos (D3)					
Baixo	16 (61,5%)	10 (38,5%)	0,001	9,280	2,699 – 31,905
Alto	5 (14,7%)	29 (85,3%)			
Escore Emoções (D4)					
Baixo	18 (78,3%)	5 (21,7%)	0,001	40,800	8,737 – 190,536
Alto	3 (8,1%)	34 (91,9%)			
Escore Interações Sociais (D5)					
Baixo	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0,001	228,000	22,148 – 2347,169
Alto	3 (7,3%)	38 (92,7%)			

***Para os Escores D1, D2, D3, D4, e D5 pontuações mais altas refletem sintomas mais brandos.**

*** Considerando um erro de 5% e o intervalo de confiança de 95%.**

5 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o impacto da sonolência diurna, que sugere a presença de distúrbios do sono, na qualidade de vida de idosos. Tal correlação já foi previamente abordada pela literatura (MISRA; MALOW, 2008; WANG; LIU; LI; JI *et al.*, 2019), entretanto, são escassas as evidências científicas que analisem o tema sob a ótica da Salutogênese, correlacionando a sugestão de um distúrbio do sono, com o impacto na qualidade de vida e o senso de coerência de uma mesma amostra.

A teoria Salutogênica de Antonovsky representou uma mudança de paradigma nas ciências da saúde, que até então buscavam uma explicação apenas para a razão de alguém estar doente. Sob a ótica salutogênica buscam-se as razões para a manutenção da saúde e como indivíduos conseguem manter-se saudáveis mesmo diante a mecanismos estressores (ANTONOVSKY, 1979). Tal entendimento pode ser particularmente interessante ao estudo do envelhecimento bem-sucedido, haja vista a importância da manutenção da saúde e qualidade de vida para manter o indivíduo como um membro ativo e produtivo na sociedade (CRIMMINS; ZHANG; SAITO, 2016).

Diante do panorama de envelhecimento da população global, com rápida inversão da pirâmide etária, ainda mais em países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde já expressou preocupação com os desafios de minimizar o impacto sócio-político dessa notória extensão no tempo de vida dos indivíduos. No Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde publicado em 2015, a OMS expressou a necessidade de montar uma rede de assistência integralizada e de capacitar profissionais de saúde aptos para lidar com uma população idosa cada vez mais numerosa (OMS, 2015). Para isso, se faz necessário um melhor entendimento do processo de manutenção de saúde e bem-estar dos idosos.

Os distúrbios do sono afligem a população idosa numa prevalência superior a observada nas demais faixas etárias (OHAYON; CARSKADON; GUILLEMINAULT; VITIELLO, 2004). No presente estudo, foi avaliada a Sonolência Diurna da amostra - índices elevados de SD sugerem a presença de distúrbios do sono, sendo este um fator de escaneamento muitas vezes empregado para indicar a necessidade de demais investigações clínicas para diagnóstico de distúrbios do sono. Na amostra avaliada, 51,7% dos idosos apresentaram escores elevados de SD, corroborando com dados de estudos prévios (CROWLEY, 2011; TYAGI; PERERA; BRACH, 2017).

A presença de distúrbios do sono foi associada ao adoecimento mais frequente e aumento da fragilidade dos idosos. Devido ao impacto em uma série de funções fisiológicas, a privação do sono e a curta permanência em estados mais profundos de sonolência e relaxamento podem

aumentar a predisposição a doenças crônicas como o diabetes, hipertensão arterial, além de exacerbar o comprometimento cognitivo observado na doença de Parkinson (HUANG; ZHANG; SHEN; ZHANG *et al.*, 2018) e Alzheimer (PETER-DEREX; YAMMINE; BASTUJI; CROISILE, 2015).

Além de predispor ao adoecimento, a baixa qualidade do sono, associada aos altos índices de SD, podem diminuir a atividade diurna dos indivíduos, afetando negativamente suas rotinas e produtividade (MANZAR; SALAHUDDIN; ALAMRI; ALBOUGAMI *et al.*, 2019). Sendo assim, a SD e a presença de distúrbios do sono costumam afetar negativamente a Qualidade de vida.

Na amostra avaliada neste estudo, 80,8% dos indivíduos com baixa qualidade de vida apresentou altos índices de SD, enquanto que baixa SD foi associada a alta qualidade de vida 70,6%. Pode-se ter uma melhor compreensão do impacto da SD sob a QV ao analisar os dados da Tabela 2 que mostram que índices mais elevados de SD estão fortemente associados a sintomas mais severos em todos os cinco domínios congregados para aferir a qualidade de vida no instrumento utilizado.

Diante da ampla dimensão do conceito de QV, vários instrumentos foram desenvolvidos para avaliar esse constructo, os questionários têm vários domínios que representam diferentes aspectos da QV (DUTT; KIRTI; KUWAL, 2016). Dentre os instrumentos destacam-se o Short Form 36 (SF-36) (WARE; SHERBOURNE, 1992) e o WHOQOL-bref (KUYKEN; ORLEY, 1994), que são amplamente aceitos e aplicados em estudos de QV. Por se tratarem de instrumentos genéricos, de estrutura mais abrangente, que não têm como objetivo avaliar o impacto de uma doença ou condição específica sobre a QV, eles podem ser aplicados a uma ampla gama de condições clínicas, permitindo a comparação entre estudos, populações ou doenças (CASAMALI; SCHUCH; SCORTEGAGNA; LEGNANI *et al.*, 2019). Entretanto, instrumentos mais genéricos tendem a ter menor sensibilidade, quando o objetivo do estudo for avaliar alguma doença ou condição específica pode-se optar por instrumentos específicos para a condição avaliada, representando maior sensibilidade e capacidade de aferir a real interferência da doença ou condição na qualidade de vida da amostra estudada, ou ainda, demonstrar a efetividade de condutas clínicas e modalidades terapêuticas (BOWLING; STENNER, 2011; DUTT; KIRTI; KUWAL, 2016).

No presente estudo foi aplicado o Questionário de Sono de Quebec, instrumento desenvolvido para avaliar a qualidade de vida relacionada ao sono e que leva em consideração o impacto que um distúrbio do sono pode trazer na rotina do indivíduo avaliado (LACASSE; BUREAU; SERIES, 2004). Este instrumento foi particularmente adequado ao objetivo do

estudo, demonstrando sensibilidade adequada ao aferir o impacto da SD na QV da amostra. Pode-se observar consistência nos resultados obtidos com os instrumentos, uma vez que o domínio 1 do QSQ, que tem como objetivo avaliar o grau de severidade dos sintomas de sonolência diurna, obteve associação de 88,9% com pontuação alta na Escala de Sonolência de Epworth, que também se propõe a avaliar a sonolência diurna.

Não existe na literatura atual associação clara entre distúrbios do sono e SOC, entretanto, evidências apontam para associação entre exposição contínua ao estresse e diminuição da qualidade do sono (BAGLIONI; SPIEGELHALDER; LOMBARDO; RIEMANN, 2010; GARDE; ALBERTSEN; PERSSON; HANSEN *et al.*, 2011; SACZUK; LAPINSKA; WILMONT; PAWLAK *et al.*, 2019). Dentro desse contexto, o SOC pode atuar como um mediador neste processo, aliviando o impacto na qualidade do sono por meio de um melhor gerenciamento dos mecanismos estressores (HANSEN; GRYNDERUP; RUGULIES; CONWAY *et al.*, 2018), o que pode explicar a associação encontrada no presente estudo entre baixo SOC com uma maior sonolência diurna aferida tanto pela ESE (68,9%) quanto pelo QSQ (51,9%), além de sintomas diurnos e noturnos relacionados à má qualidade do sono mais severos (respectivamente 58,8% e 61,5%).

Estudos com SOC em idosos tem demonstrado associação entre SOC elevado e melhor qualidade de vida (MOEN; EIDE; DRAGESET; GJESDAL, 2019), melhores índices de autopercepção de estresse e menor prevalência de sintomas de depressão (GUO; LIU; MCCALLUM; SODERHAMN *et al.*, 2018), menor incapacidade mental (MARQUES; WOODS; HOPPER; JELLEY *et al.*, 2019) e física, resultando em menor nível de necessidade de cuidados (DEWAKE; HAMASAKI; SAKAI; YAMADA *et al.*, 2017). No presente estudo, o SOC elevado foi associado a melhor QV (91,2%), menor sonolência diurna (78,8%) e sintomas noturnos (96,2%) e diurnos (85,3%) relacionados a má qualidade do sono, além de menor impacto negativo sob as interações sociais (5,3%) e emoções (21,7%). Dessa forma, um alto SOC pode estar associado ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada, ou seja, o envelhecimento saudável como descrito pela OMS (OMS, 2015). Para experimentar bem-estar e boa QV os indivíduos devem perceber favoravelmente suas condições e serem capazes de lidar com situações difíceis ou adversas (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007).

6 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que uma alta sonolência diurna está associada a baixa qualidade de vida e senso de coerência, enquanto que um forte senso de coerência está associado a alta qualidade de vida. Dessa forma, para a manutenção de uma boa qualidade de vida em idosos é desejável que se tenha boa qualidade do sono e um forte senso de coerência.

REFERÊNCIAS

ANTONOVSKY, A. **Health, stress and coping**. San Francisco, California: 1979.

BAGLIONI, C.; SPIEGELHALDER, K.; LOMBARDO, C.; RIEMANN, D. Sleep and emotions: a focus on insomnia. **Sleep Med Rev**, 14, n. 4, p. 227-238, Aug 2010.

BEARD, J. R.; OFFICER, A.; DE CARVALHO, I. A.; SADANA, R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet,** 387, n. 10033, p. 2145-2154, May 21 2016.

BERTOLAZI, A. N.; FAGONDES, S. C.; HOFF, L. S.; PEDRO, V. D. et al. Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: validation for use in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 35, p. 877-883, 2009.

BOWLING, A.; STENNER, P. Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. **J Epidemiol Community Health**, 65, n. 3, p. 273-280, Mar 2011.

CASAMALI, F. F. C.; SCHUCH, F. B.; SCORTEGAGNA, S. A.; LEGNANI, E. et al. Accordance and reproducibility of the electronic version of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD questionnaires. **Exp Gerontol**, 125, p. 110683, Oct 1 2019.

CRIMMINS, E. M. Lifespan and Healthspan: Past, Present, and Promise. **Gerontologist**, 55, n. 6, p. 901-911, Dec 2015.

CRIMMINS, E. M.; ZHANG, Y.; SAITO, Y. Trends Over 4 Decades in Disability-Free Life Expectancy in the United States. **Am J Public Health**, 106, n. 7, p. 1287-1293, Jul 2016.

CROWLEY, K. Sleep and sleep disorders in older adults. **Neuropsychol Rev**, 21, n. 1, p. 41-53, Mar 2011.

DE MAGALHAES, J. P.; PASSOS, J. F. Stress, cell senescence and organismal ageing. **Mech Ageing Dev**, 170, p. 2-9, Mar 2018.

DEPNER, C. M.; STOTHARD, E. R.; WRIGHT, K. P., JR. Metabolic consequences of sleep and circadian disorders. **Curr Diab Rep**, 14, n. 7, p. 507, Jul 2014.

DEWAKE, N.; HAMASAKI, T.; SAKAI, R.; YAMADA, S. et al. Relationships among sense of coherence, oral health status, nutritional status and care need level of older adults according to path analysis. **Geriatr Gerontol Int**, 17, n. 11, p. 2083-2088, Nov 2017.

DUTT, N.; KIRTI, C.; KUWAL, A. Health Related Quality of Life in Adult Obstructive Sleep Apnea. **Journal of Sleep Disorders & Therapy**, 05, 01/01 2016.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, 61, n. 11, p. 938-944, Nov 2007.

GARDE, A. H.; ALBERTSEN, K.; PERSSON, R.; HANSEN, A. M. et al. Bi-directional

associations between psychological arousal, cortisol, and sleep**. Behav Sleep Med**, 10, n. 1, p. 28-40, Dec 28 2011.

GEYER, S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. **Soc Sci Med**, 44, n. 12, p. 1771-1779, Jun 1997.

GUO, L. N.; LIU, Y. J.; MCCALLUM, J.; SODERHAMN, U. et al. Perceived stress and depression amongst older stroke patients: Sense of coherence as a mediator?. **Arch Gerontol Geriatr**, 79, p. 164-170, Nov - Dec 2018.

HANSEN, A. M.; GRYNDERUP, M. B.; RUGULIES, R.; CONWAY, P. M. et al. A cohort study on self-reported role stressors at work and poor sleep: does sense of coherence moderate or mediate the associations?. **Int Arch Occup Environ Health**, 91, n. 4, p. 445-456, May 2018.

HUANG, J. Y.; ZHANG, J. R.; SHEN, Y.; ZHANG, H. J. et al. Effect of Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder on Obstructive Sleep Apnea Severity and Cognition of Parkinson's Disease Patients. **Chin Med J** (Engl), 131, n. 8, p. 899-906, Apr 20 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período** 2010-2060. Brasília, 2019.

JOHNS, M. W. **A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep**, 14, n. 6, p. 540-545, Dec 1991.

JOHNS, M. W. Sleep propensity varies with behaviour and the situation in which it is measured: the concept of somnificity. **J Sleep Res**, 11, n. 1, p. 61-67, Mar 2002.

KERVEZEE, L.; KOSMADOPOULOS, A.; BOIVIN, D. B. Metabolic and cardiovascular consequences of shift work: The role of circadian disruption and sleep disturbances. **Eur J Neurosci**, Oct 25 2018.

KOTTERBA, S.; NEUSSER, T.; NORENBERG, C.; BUSSFELD, P. et al. Sleep quality, daytime sleepiness, fatigue, and quality of life in patients with multiple sclerosis treated with interferon beta-1b: results from a prospective observational cohort study. **BMC Neurol**, 18, n. 1, p. 123, Aug 24 2018.

KRANTZ, G.; OSTERGREN, P. O. Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age. **Int J Behav Med**, 11, n. 1, p. 18-26, 2004.

KUYKEN, W.; ORLEY, J. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. **International Journal of Mental Health**, 23, p. 24-56, 01/01 1994.

LACASSE, Y.; BUREAU, M. P.; SERIES, F. A new standardised and self-administered quality of life questionnaire specific to obstructive sleep apnea. **Thorax**, 59, n. 6, p. 494-499, Jun 2004.

LENG, M.; YIN, H.; ZHANG, P.; JIA, Y. et al. Sleep Quality and Health-Related Quality of Life in Older People With Subjective Cognitive Decline, Mild Cognitive Impairment, and Alzheimer Disease. **J Nerv Ment Dis**, Jan 20 2020.

MANZAR, M. D.; SALAHUDDIN, M.; ALAMRI, M.; ALBOUGAMI, A. et al. Psychometric properties of the Epworth sleepiness scale in Ethiopian university students**. Health Qual Life Outcomes**, 17, n. 1, p. 30, Feb 7 2019.

MARQUES, M. J.; WOODS, B.; HOPPER, L.; JELLEY, H. et al. Relationship quality and sense of coherence in dementia: Results of a European cohort study. **Int J Geriatr Psychiatry**, 34, n. 5, p. 745-755, May 2019.

MCHILL, A. W.; WRIGHT, K. P., JR. Role of sleep and circadian disruption on energy expenditure and in metabolic predisposition to human obesity and metabolic disease. **Obes Rev**, 18 Suppl 1, p. 15-24, Feb 2017.

MEDIC, G.; WILLE, M.; HEMELS, M. E. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. **Nat Sci Sleep**, 9, p. 151-161, 2017.

MELO JÚNIOR, J. T. D.; MAURICI, R.; TAVARES, M. G. D. S.; PIZZICHINI, M. M. M. et al. The Quebec Sleep Questionnaire on quality of life in patients with obstructive sleep apnea: translation into Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil**. Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 43, p. 331-336, 2017.

MISRA, S.; MALOW, B. A. Evaluation of sleep disturbances in older adults. **Clin Geriatr Med**, 24, n. 1, p. 15-26, v, Feb 2008.

MOEN, V. P.; EIDE, G. E.; DRAGESET, J.; GJESDAL, S. Sense of Coherence, Disability, and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Rehabilitation Patients in Norway. **Arch Phys Med Rehabil**, 100, n. 3, p. 448-457, Mar 2019.

MOSCA, I.; VAN DER WEES, P. J.; MOT, E. S.; WAMMES, J. J. G. et al. Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers. **Int J Health Policy Manag**, 6, n. 4, p. 195-205, Apr 1 2017.

OHAYON, M. M.; CARSKADON, M. A.; GUILLEMINAULT, C.; VITIELLO, M. V. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. **Sleep**, 27, n. 7, p. 1255-1273, Nov 1 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Probabilistic Population Projections based on the World Population Prospects 2019**. New York: United Nations, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **World report on ageing and health**. Disponível em: http://apps.who.int/.

PARTRIDGE, L.; DEELEN, J.; SLAGBOOM, P. E. Facing up to the global challenges of ageing. **Nature**, 561, n. 7721, p. 45-56, Sep 2018.

PETER-DEREX, L.; YAMMINE, P.; BASTUJI, H.; CROISILE, B. Sleep and Alzheimer's disease. **Sleep Med Rev**, 19, p. 29-38, Feb 2015.

SACZUK, K.; LAPINSKA, B.; WILMONT, P.; PAWLAK, L. et al. Relationship between

Sleep Bruxism, Perceived Stress, and Coping Strategies. **Int J Environ Res Public Health**, 16, n. 17, Sep 1 2019.

SADANA, R.; BLAS, E.; BUDHWANI, S.; KOLLER, T. et al. Healthy Ageing: Raising Awareness of Inequalities, Determinants, and What Could Be Done to Improve Health Equity. **Gerontologist**, 56 Suppl 2, p. S178-193, Apr 2016.

SATEIA, M. J. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. Chest, 146, n. 5, p. 1387-1394, Nov 2014.

SPADOTI DANTAS, R. A.; SILVA, F. S.; CIOL, M. A. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. **J Clin Nurs**, 23, n. 1-2, p. 156-165, Jan 2014.

SUZMAN, R.; BEARD, J. R.; BOERMA, T.; CHATTERJI, S. Health in an ageing world--what do we know? **Lancet**, 385, n. 9967, p. 484-486, Feb 7 2015.

TYAGI, S.; PERERA, S.; BRACH, J. S. Balance and Mobility in Community-Dwelling Older Adults: Effect of Daytime Sleepiness. **J Am Geriatr Soc**, 65, n. 5, p. 1019-1025, May 2017.

VANFLETEREN, L. E.; BEGHE, B.; ANDERSSON, A.; HANSSON, D. et al. Multimorbidity in COPD, does sleep matter? **Eur J Intern Med**, n. 21, Jan 2020.

WANG, C.; LIU, J.; LI, Z.; JI, L. et al. Predictor of sleep difficulty among community dwelling older populations in 2 African settings. **Medicine** (Baltimore), 98, n. 47, p. e17971, Nov 2019.

WARE, J. E., JR.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care,** 30, n. 6, p. 473-483, Jun 1992.

WYSS-CORAY, T. Ageing, neurodegeneration and brain rejuvenation. **Nature,** 539, n. 7628, p. 180-186, Nov 10 2016.

YU, J.; RAWTAER, I.; FAM, J.; JIANG, M. J. et al. Sleep correlates of depression and anxiety in an elderly Asian population**. Psychogeriatrics**, 16, n. 3, p. 191-195, May 2016.

ANEXO A – ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH

Escala de sonolência de EPWORTH (ESS-BR)

Nome: _____

Data: _____ Idade (anos) _____

Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações? Considere o modo de vida que você tem levado recentemente. Mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas recentemente, tente imaginar como elas o afetariam. Escolha o número mais apropriado para responder cada questão.

0 = nunca cochilaria

1 = pequena probabilidade de cochilar

2 = probabilidade média de cochilar

3 = grande probabilidade de cochilar

Situação	Probabilidade de cochilar			
Sentado e lendo	0	1	2	3
Assistindo TV	0	1	2	3
Sentado, quieto, em um lugar público (por exemplo, em um teatro, reunião ou palestra)	0	1	2	3
Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro	0	1	2	3
Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool	0	1	2	3
Em um carro parado no trânsito por alguns minutos	0	1	2	3

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE SONO DE QUEBEC

QUESTIONÁRIO DE SONO DE QUEBEC

Este questionário foi elaborado para saber como você está se sentindo e como você tem passado nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS. Será perguntado qual o impacto que a APNEIA DO SONO possa ter nas suas atividades diárias, no seu estado emocional, nas suas relações sociais, e quais os sintomas que a APNEIA possa ter lhe causado:

Durante as últimas 4 semanas:	Sempre	Grande parte do tempo	Moderada a grande parte do tempo	Moderada parte do tempo	Pequena a moderada parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
1. Você precisou se esforçar para fazer suas atividades?	1	2	3	4	5	6	7
2. Você acredita que incomodou outras pessoas quando dormiu próximo a elas?	1	2	3	4	5	6	7
3.Faltou vontade de fazer coisas junto com seu (sua) companheiro(a), filhos ou amigos?	1	2	3	4	5	6	7
4. Acordou mais de uma vez à noite para urinar?	1	2	3	4	5	6	7
5. Você tem se sentido deprimido?	1	2	3	4	5	6	7
6. Você tem se sentido ansioso ou com medo de algo dar errado?	1	2	3	4	5	6	7
7. Você precisou tirar um cochilo durante o dia?	1	2	3	4	5	6	7
8. Você tem se sentido impaciente?	1	2	3	4	5	6	7
9. Você tem acordado frequentemente (mais do que duas vezes) durante a noite?	1	2	3	4	5	6	7

Durante as últimas 4 semanas:	Quantidade muito grande	Quantidade grande	Moderada a grande quantidade	Moderada quantidade	Pequena a moderada quantidade	Pequena quantidade	Nada
10. Você sentiu dificuldades ao tentar se lembrar das coisas?	1	2	3	4	5	6	7
11. Teve alguma dificuldade para se concentrar?	1	2	3	4	5	6	7
12. Você ficou chateado por terem dito que o seu ronco estava incomodando ou irritando alguém?	1	2	3	4	5	6	7
13. Você tem se sentido culpado em seu relacionamento com familiares ou amigos íntimos?	1	2	3	4	5	6	7
14. Você notou uma diminuição na capacidade no trabalho?	1	2	3	4	5	6	7
15. Preocupou-se com problemas cardíacos ou morte prematura?	1	2	3	4	5	6	7

Durante as últimas 4 semanas, o quanto de problema você teve:	Enorme problema	Grande problema	Moderado a grande problema	Moderado problema	Pequeno a moderado problema	Pequeno problema	Nenhum problema
16. Lutando para ficar acordado durante o dia?	1	2	3	4	5	6	7
17. Sentindo a sua energia diminuída?	1	2	3	4	5	6	7
18. Sentindo muito cansaço?	1	2	3	4	5	6	7
19. Sentindo que as atividades comuns precisam de mais esforço para serem realizadas ou finalizadas?	1	2	3	4	5	6	7
20. Caindo no sono se não estiver ativo ou realizando algo?	1	2	3	4	5	6	7
21. Problemas de boca/ garganta seca ou dor de garganta ao acordar?	1	2	3	4	5	6	7
22. Dificuldade para voltar a dormir se você acordar no meio da noite?	1	2	3	4	5	6	7
23. Sentindo que você está exausto (acabado)?	1	2	3	4	5	6	7
Durante as últimas 4 semanas, o quanto você tem se incomodado com :	**Enorme problema**	**Grande problema**	**Moderado a grande problema**	**Moderado problema**	**Pequeno a moderado problema**	**Pequeno problema**	**Nenhum problema**
24. Preocupado com as vezes que você para de respirar à noite (apneias)?	1	2	3	4	5	6	7
25. Roncando alto?	1	2	3	4	5	6	7
26. Dificuldade de atenção?	1	2	3	4	5	6	7
27. Caindo no sono subitamente?	1	2	3	4	5	6	7
28. Acordando no meio da noite se sentindo sufocado?	1	2	3	4	5	6	7
29. Acordando de manhã se sentindo cansado ou não recuperado?	1	2	3	4	5	6	7
30. Uma sensação de que o seu sono é agitado?	1	2	3	4	5	6	7
31. Dificuldade de se manter acordado enquanto lê?	1	2	3	4	5	6	7
32. Lutando contra a vontade de dormir enquanto dirige?	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SENSO DE COERÊNCIA DE ANTONOVSKY

Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky – QSCA (1987), traduzido e validado por Rosana Aparecida Spadoti Dantas (2007).

Aqui está uma série de questões relacionadas a vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expressa sua resposta, com números de 1 a 7. Se você estiver totalmente de acordo com as palavras à esquerda do número 1, marque o número 1. Se você estiver totalmente de acordo com as palavras à direita do número 7, marque o número 7. Se sua resposta for diferente, marque o número que melhor expressa seus sentimentos. Por favor, marque só uma resposta para cada questão.

1. Quando você conversa com outras pessoas, tem a sensação de que elas não te entendem?

Nunca tenho essa sensação	1	2	3	4	5	6	7	Sempre tenho essa sensação

2. Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração de outros, você teve a sensação de que:

Com certeza não seria feito	1	2	3	4	5	6	7	Com certeza seria feito

3. Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?

Você sente que não as conhece	1	2	3	4	5	6	7	Você as conhece muito bem

4. Com que frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está acontecendo ao seu redor:

Raramente ou nunca	1	2	3	4	5	6	7	Com muita frequencia

5. Alguma vez já aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Sempre aconteceu

6. Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?

Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Sempre aconteceu

7. A vida é:

Muito interessante	1	2	3	4	5	6	7	Muito rotineira

8. Até agora, sua vida tem sido:

Sem qualquer objetivo ou finalidade	1	2	3	4	5	6	7	Com finalidade e objetivos claros

9. Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?

Com muita frequência	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca

10. Nos últimos dez anos, sua vida tem sido:

Cheia de mudanças sem que você soubesse o que iria acontecer em seguida	1	2	3	4	5	6	7	Completamente previsível (esperada)

11. A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:

Completamente fascinante	1	2	3	4	5	6	7	Extremamente chata

12. Com que frequência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?

Com muita frequência	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca

13. Como você vê a vida?

Sempre se pode achar uma solução para os sofrimentos da vida	1	2	3	4	5	6	7	Não há solução para os sofrimentos da vida

14. Quando você pensa na sua vida, frequentemente você:

Sente o quanto é bom estar vivo	1	2	3	4	5	6	7	Pergunta a si mesmo por que você existe

15. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:

Sempre confusa e difícil de encontrar	1	2	3	4	5	6	7	Sempre completamente clara e fácil de encontrar

16. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:

Uma fonte de grande prazer e satisfação	1	2	3	4	5	6	7	Uma fonte de sofrimento e chatice

17. Sua vida no futuro provavelmente será:

Cheia de mudanças sem que você saiba o que acontecerá em seguida	1	2	3	4	5	6	7	Completamente previsível (esperada)

18. Quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi:

Ficar se "remoendo de raiva" sobre o acontecido	1	2	3	4	5	6	7	Dizer "está tudo bem, tenho que viver com isso" e seguir em frente

19. Com que frequência você tem sentimentos e ideias bastante confusas?

Com muita frequência	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca

20. Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente:

Com certeza você continuará sentindo-se bem	1	2	3	4	5	6	7	Com certeza algo acontecerá para estragar essa sensação

21. Com que frequência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?

Com muita frequência	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca

22. Você acha que sua vida pessoal no futuro será:

Totalmente sem significado e finalidade	1	2	3	4	5	6	7	Cheia de significado e finalidade

23. Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?

Você está certo de que essas pessoas existirão	1	2	3	4	5	6	7	Você duvida que essas pessoas existirão

24. Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?

Com muita frequência	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca

25. Muitas pessoas – mesmo aquelas muito fortes – algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência, você já se sentiu dessa maneira?

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Com muita frequência

26. Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que:

Você deu muita ou pouca importância para o que aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Você viu as coisas na medida certa

27. Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que:

Sempre terá sucesso em superar as dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	Não terá sucesso em superar as dificuldades

28. Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que faz na sua vida diária?

Com muita frequência	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca

29. Com que frequência você tem a sensação de que não consegue manter seu autocontrole?

Com muita frequência	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca